様式第１号（第２条―第４条関係）

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（変更・喪失）届書

届出者	氏　名		本人との関係	
	住　所		連絡先電話番号	

	新規（☐　変更　・　☐　喪失）			変更前
（フリガナ） 氏　　名		性別	☐ 男 ☐ 女	
生　年　月　日	昭和　　年　　月　　日			
住　　所				
申　請　区　分	☐ 取消申請　☐ 障害撤回　☐ その他喪失（　　） ☐ その他変更等（　　）			
申　請　事　由	☐ 取消　☐ 障害撤回　☐ その他（令和　　年　　月　　日）			
所有手帳又は証書種類	① 身体障害者手帳 ☐１級　☐２級　☐３級 ☐４級（☐音声機能又は言語機能 下肢 ☐１号　☐３号　☐４号） ② 療育手帳　☐A ③ 国民年金等障害年金証書　☐１級　☐２級 ④ 精神障害者保健福祉手帳　☐１級　☐２級 ⑤ その他（　　）			

富山県後期高齢者医療広域連合長　様

上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）します。

令和　　年　　月　　日

申請者　　氏名

※以下の欄は記入しないでください。　　**（変更・喪失用）**

被保険者番号		資格取得(変更・喪失)年月日	令和　　年　　月　　日
喪失後の加入医療保険	☐ 国民健康保険（国民健康保険組合含む） ☐ 被用者保険本人 ☐ 被用者保険扶養（政府管掌、健保組合、共済組合等） ☐ 後期高齢者医療資格喪失証明要　☐ 被用者保険等加入済確認（添付） （証の記号番号）　（被保険者名）　（保険者名）　（保険者番号）		
処　理　欄	（喪失の場合）証回収　☐ 被保険者証　☐限度額適用・標準負担額減額認定証		
備　　考			